



Caracterização clínica de mulheres com fatores de risco cardiovasculares e metabólicos atendidas na atenção primária

Zilvani Hortelina Bernardo¹, Lara Ribeiro Sisti²,
Clisia Mara Carreira³, Camilo Molino Guidoni^{4*}

¹ Farmacêutica, Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Mulher, Universidade Estadual de Londrina, Paraná, Brasil. ² Nutricionista, Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Mulher, Universidade Estadual de Londrina, Paraná, Brasil. ³ Nutricionista, Docente do Departamento de Ciências Farmacêuticas, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual de Londrina, Paraná, Brasil. ⁴ Farmacêutico, Docente do Departamento de Ciências Farmacêuticas, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual de Londrina, Paraná, Brasil ✉ camiloguidoni@yahoo.com.br

RESUMO: Este trabalho teve como objetivo caracterizar clinicamente mulheres que iniciaram um programa de acompanhamento com equipe multiprofissional. Trata-se de um estudo transversal, descritivo, realizado em duas unidades de atenção primária à saúde na região de Londrina. A amostra foi constituída de mulheres (18 e 59 anos) com fatores de risco para doenças cardiovasculares e metabólicas. Os dados sociodemográficos e econômicos, exames laboratoriais, antropométricos e pressóricos, enfermidades e utilização de medicamentos foram coletados em setembro de 2013, em ficha padronizada. A adesão ao tratamento medicamentoso, o risco cardiovascular e a presença de síndrome metabólica foram avaliados, respectivamente, através do teste de Morisky-Green, do escore de risco de Framingham, e do critério da *National Cholesterol Education Program's Adult Treatment Panel III* (NCEP-ATP III). A amostra foi constituída por 43 mulheres, com média de idade de 45,0±9,8 anos, ensino fundamental incompleto (44,2%), casadas (90,6%) e renda familiar média de R\$ 1.710,4±972,3 reais. Observou-se prevalência de síndrome metabólica (56,4%), hipertensão arterial (55,8%), obesidade (41,9%) e dislipidemia (37,2%), apresentando risco cardiovascular em 10 anos de 5,3%. Quanto aos exames laboratoriais, 74,3% das participantes estavam com HDL inferiores aos valores de referência, 44,7% com colesterol total aumentado, e 38,4% com valores glicêmicos alterados. Em adição, 76,7% das mulheres faziam uso contínuo de pelo menos um medicamento (média de 4,3±2,9 medicamentos), sendo que 69,7% não eram aderentes à terapia farmacológica. Dessa forma, faz-se necessário um acompanhamento multiprofissional destas mulheres com a finalidade de melhorar as condições de saúde e otimizar a adesão e o tratamento farmacológico. **Palavras-chave:** doença crônica, equipe interdisciplinar de saúde, mulheres.

Abstract: (Clinical Characterization of Women with Metabolic and Cardiovascular Risk Factors Assisted by Primary Care) This study aimed at clinically characterizing women who started a monitoring program with multidisciplinary team. It is consisted by a cross-sectional, descriptive study which was conducted in two units of primary health care in the region of Londrina. The sample consisted by women (18 to 59 years) with risk factors for cardiovascular and metabolic diseases. Socio-demographic and economic data, laboratory, anthropometric and blood pressure tests, diseases and medicine use were collected in September 2013 in a standardized form. The adherence to medicine therapy, cardiovascular risk and the presence of metabolic syndrome were evaluated, respectively, by Morisky-Green test, the Framingham risk score, and the discretion of the *National Cholesterol Education Program's Adult Treatment Panel III* (NCEP ATP III). Such sample consisted by 43 women with a mean age of 45.0 ± 9.8 years, completed elementary school (44.2%), married (90.6%) and average family income of R\$ 1,710.4 ± actual 972.3. The prevalence of metabolic syndrome (56.4 %), hypertension (55.8 %), obesity (41.9%) and dyslipidemia (37.2 %), with cardiovascular risk in 10 years of 5.3%. As for laboratorial tests, 74.3 % of participants were at lower HDL to baseline, 44.7 % with increased total cholesterol, and 38.4% with abnormal blood glucose levels. Furthermore, 76.7 % of women using continuously at least one medicine (mean 4.3 ± 2.9 drugs), and 69.7% were non-adherent to medicine therapy. Therefore, it is needed a multidisciplinary monitoring of these women in order to improve health and optimize adhesion and pharmacological treatment. **Keywords:** chronic disease, multidisciplinary health team, women.

Introdução

O Brasil, desde a década de 1960, vem passando por diversos processos de transições, incluindo a demográfica, epidemiológica e nutricional, culminando nas alterações no panorama das enfermidades. Anteriormente, as doenças transmissíveis eram as principais causas de mortes no país, sendo que atualmente, têm-se as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT)¹, dentre as quais estão a hipertensão arterial sistêmica (HAS): enfermidade multifatorial que tem como característica níveis de pressão arterial elevados e sustentados ²; *diabetes mellitus* (DM): grupo de distúrbios metabólicos que tem como característica comum o aumento da glicose sanguínea, essa hiperglicemia pode ser resultado de defeitos na ação ou secreção de insulina ou ambas ³; dislipidemias (DLP): alterações nos níveis séricos de lipídios, doença cardiovascular aterosclerótica: doença multifatorial, caracterizada por um processo inflamatório crônico que ocorre devido a agressão endotelial em artérias de calibres médios e grandes ⁴, entre outras. A presença dos fatores citados acima, acrescidos de obesidade abdominal e resistência à insulina predispõe os indivíduos à síndrome metabólica (SM), um transtorno complexo que está associado à morbimortalidade cardiovascular⁵.

As DCNT são consideradas um problema de saúde pública mundial, representando as principais causas de morbimortalidade. Em 2008, as DCNT em países de rendas média e baixa foram responsáveis por 64,0% dos óbitos, sendo que

47,0% desses óbitos ocorreram em pessoas com menos de 70 anos de idade⁶.

Dados nacionais demonstram o impacto das DCNT na saúde pública. Em 2012, 11,7% dos adultos com mais de 35 anos referiram ter DM, sendo que na população feminina residente na região sul do país essa prevalência foi de 12,4%. O número total de internações devido ao DM foi 142.677, dos quais 56,2% eram mulheres. A prevalência de HAS na população acima de 18 anos foi de 24,3%, ao passo que na população feminina a prevalência aumenta para 26,7%. A pressão arterial (PA) elevada foi responsável por 114.918 internações hospitalares (59,0% dos pacientes do gênero feminino), sendo que no Paraná, 3.359 mulheres foram internadas devido a HAS⁷.

Dentre as DCNT, as doenças cardiovasculares (DCV) têm sido a principal causa de morte na população feminina, sendo responsáveis por 159.923 e 26.567 óbitos de mulheres no Brasil e na região Sul, respectivamente⁷. Em 2012, o número de internações por doença isquêmica do coração e acidente vascular cerebral no país foi de 242.858 e 172.526, respectivamente, sendo que na população feminina residente no Sul houve 25.309 internações pela primeira e 15.435 pela segunda doença⁷. Dessa forma, as DCNT requerem tratamento farmacológico contínuo, são responsáveis por um elevado número de internações, assim como geram grandes custos médicos e socioeconômicos ao sistema de saúde do país.

Os principais fatores de risco associados a essas doenças são modificáveis,

como uso de tabaco, dieta inadequada com alimentos ricos em gorduras saturadas e trans, sal e açúcar, inatividade física e consumo de bebidas alcoólicas⁸. A terapêutica não farmacológica deve ser iniciada e realizada por toda a vida e, muitas vezes, quando introduzida logo após o diagnóstico, retarda o aparecimento das complicações e também o início do tratamento medicamentoso. Na maioria das vezes, no entanto, o tratamento farmacológico faz-se necessário para o controle das DCNT, sendo associado às medidas não farmacológicas⁹.

Para o estabelecimento do tratamento farmacológico, é necessário considerar as várias dimensões destes agravos, considerando os valores de PA, glicemia e perfil lipídico, assim como a presença de lesões nos órgãos-alvo e os fatores de risco cardiovasculares associados. Além disso, por serem doenças multifatoriais, com elevado impacto socioeconômico e com a necessidade do uso crônico de medicamentos, as DCNT necessitam de uma abordagem multiprofissional, favorecendo a adesão ao tratamento e o controle de parâmetros bioquímicos e fisiológicos⁹. Este trabalho teve como objetivo caracterizar clinicamente mulheres com fatores de risco para doenças cardiovasculares e metabólicas que iniciaram um programa de acompanhamento com equipe multiprofissional na atenção primária em saúde.

Casuística e Métodos

Trata-se de um estudo transversal, descritivo, realizado com mulheres apresentando fatores de risco para doenças cardiovasculares e metabólicas, atendidas em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) localizada em Londrina-PR e outra em Cambé-PR. Selecionou-se estas UBS por conveniência, uma vez que nelas estavam inseridos residentes do programa de residência multiprofissional em saúde da mulher.

Os municípios de Londrina e Cambé estão localizados na região norte do estado do Paraná. Ambos pertencem a 17^a regional de saúde, que abrange 21 municípios, sendo Londrina a sede desta regional. Esta cidade possui uma população de 506.701 habitantes, das quais aproximadamente 52,0% são do sexo feminino (263.642)¹⁰. Londrina Possui um total de 241 estabelecimentos de saúde, sendo que 133 atendem ao Sistema Único de Saúde (SUS)¹¹. A cidade de Cambé possui uma população de 96.733 habitantes, sendo que 51,1% desta, pertence ao sexo feminino (49.434)¹⁰. Possui 26 estabelecimentos de saúde, destes 24 atendem ao SUS¹¹.

O estudo iniciou-se com uma triagem inicial para o reconhecimento do perfil epidemiológico da população atendida pelas duas UBS nas quais estavam os residentes. Essa triagem foi realizada através de campanhas aos sábados na área de abrangência das unidades de saúde (escolas, praças, UBS) e por procura direta dos participantes nas UBS, com divulgação em vários meios de comunicação. Nas campanhas, além de se oferecer serviços de saúde como medida de

PA, glicemia capilar, medidas antropométricas (peso, circunferências e altura), as participantes foram questionadas quanto ao uso de medicamentos (quais medicamentos usavam e posologia), prática de atividade física, comorbidades, entre outros. Após essa triagem, as participantes foram convidadas a participar do programa “Na medida” cujo objetivo foi otimizar o controle dos parâmetros fisiológicos (pressão arterial [PA], índice de massa corporal [IMC] e circunferência da cintura), laboratoriais (perfil glicêmico e lipídico) e clínicos (adesão ao tratamento medicamentoso, tratamento dietético e cuidados para melhora da qualidade de vida), em mulheres com doenças cardiovasculares e metabólicas acompanhadas por uma equipe interdisciplinar na atenção primária em saúde.

Todas as mulheres que participaram da triagem inicial foram convidadas a participar do programa “Na medida”. Os dados foram coletados no mês de setembro de 2013, período este de inclusão das mulheres no referido programa. Os critérios de inclusão foram: mulheres com idade entre 18 e 59 anos, presença de fatores de risco para doenças cardiovasculares e metabólicas (hipertensão arterial, diabetes *mellitus*, obesidade, circunferência abdominal acima de 88 cm, e/ou dislipidemia), atendidas em uma das UBS selecionadas para o estudo.

Os dados foram coletados em fichas padronizadas por dois residentes de farmácia no período de seleção das participantes para o estudo. Coletaram-se os seguintes dados:

-Sócio-demográficos e econômicos: idade (<20; 20-30; 30-40; 40-50; 50-59 anos),

escolaridade (ensino fundamental incompleto e completo, ensino médio incompleto e completo, ensino superior completo), estado civil (solteira, casada/união estável, divorciada/desquitada), renda familiar (≤ 2 salários mínimos, > 2 a ≤ 3 salários, >3 a ≤ 4 salários e > 4 salários).

- Presença de enfermidades e tempo de diagnóstico: perguntava-se à participante se ela possuía cinco doenças que estavam descritas nas fichas (HAS, DM1, DM2, DLP e obesidade), assim como outras enfermidades autorreferidas. Em adição, a obesidade foi avaliada pelo cálculo do IMC.

- Hábitos de vida: prática de atividade física (sim ou não, se sim qual tipo de atividade física e qual o tempo da atividade), consumo de bebida alcoólica (sim ou não), tabagismo (sim ou não), e presença de cuidador (sim ou não).

- Histórico familiar de doenças para parentes de primeiro grau: pais e irmãos (autorreferidos).

- Utilização de medicamentos (sim ou não). Se a resposta fosse sim, as mulheres descreviam os nomes dos medicamentos, os quais foram descritos de acordo com a denominação comum brasileira (DCB).

- Exames laboratoriais [glicemia de jejum (GJ) e perfil lipídico] foram realizados antes do início do programa nas UBS participantes, e os resultados foram obtidos nos prontuários das pacientes.

- Dados antropométricos [peso, altura, índice de massa corporal (IMC), circunferência abdominal (CA)] foram aferidos pelas residentes de nutrição no dia da primeira

consulta das participantes e anotados nas fichas.

- Dados pressóricos [pressão arterial sistólica (PAS) e pressão arterial diastólica (PAD)] foram aferidos ao final da primeira entrevista, pelos residentes de farmácia, seguindo as recomendações da Sociedade Brasileira de Hipertensão².

A adesão ao tratamento medicamentoso (aferido no dia da entrevista), o risco cardiovascular e a presença de síndrome metabólica foram avaliados, respectivamente, através do teste de Morisky-Green¹², utilizado para se avaliar a adesão à terapia anti-hipertensiva, neste estudo, sendo de fácil aplicação e utilizado por inúmeros estudos, da escala de risco de Framingham¹³ que se trata de um escore utilizado mundialmente para se estimar a probabilidade de uma pessoa apresentar problemas cardiovasculares em dez anos, e do critério da *National Cholesterol Education Program's Adult Treatment Panel III* (NCEP-ATP III)¹⁴. Considerou-se como politerapia a utilização de cinco ou mais medicamentos¹⁵.

Utilizou-se como valores de referência para três parâmetros do perfil lipídico a V Diretriz Brasileira de Dislipidemia e Prevenção da Aterosclerose⁴, que preconiza valores inferiores a 200 mg/dL para colesterol total (CT); menores que 130 mg/dL para lipoproteína de baixa densidade (LDL) e inferiores a 150 mg/dL para os triglicérides (TG). O valor de lipoproteína de alta densidade (HDL) usado como referência foi superior 50 mg/dL¹⁴. Considerou-se de referência para GJ valores inferiores a 100 mg/dL³. Para os

valores pressóricos consideraram-se alterados os valores iguais ou superiores a 140 e 90 mmHg para PAS e PAD respectivamente². A medida de circunferência de cintura considerada foi menor que 88 cm¹⁴. Para a obesidade utilizou-se os critérios da Organização Mundial da Saúde (OMS) (baixo peso < 18,5 kg/m²; eutrofia: 18,5- 24,9 kg/m²; sobrepeso: 25- 29,9 kg/m²; obesidade I: 30- 34,9 kg/m²; obesidade II: 35- 39,9 kg/m²; obesidade III: >40 kg/m²)¹⁶. Classificou-se com baixo risco cardiovascular (risco < 10%; escore inferior a 12 pontos), risco moderado (risco de 10 a 20%; escore de 13 a 17 pontos) e alto risco (risco > 20 %; escore superior a 18 pontos)¹³.

O estudo foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa envolvendo seres humanos da Universidade Estadual de Londrina, documento número 239/2013 e recebeu anuência da Secretaria de Saúde dos municípios de Londrina-PR e Cambé-PR. Para participar do estudo as mulheres concordaram e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

Os dados foram digitados em planilhas do *Microsoft Office Excel*® (Excel 12.0; Office 2007) e analisados no programa *Statistical Package for Social Sciences*® para Windows (SPSS Inc., versão 20, 2011). A caracterização da população de estudo foi realizada utilizando-se análises descritivas, de tendência central (média ou mediana) e variabilidade (desvio padrão) para as variáveis quantitativas e frequências absolutas e relativas para as variáveis qualitativas.

Resultados

Das 48 mulheres convidadas, 43 constituíram a população de estudo, com média de idade de $45,0 \pm 9,8$ anos (mínima de

19 e máxima de 59 anos), 44,2% apresentavam o ensino fundamental incompleto, 90,6% eram casadas/união estável e renda familiar média de R\$ $1.710,4 \pm 972,3$ reais (Tabela 1).

Tabela 1. Caracterização sócio-demográfica e econômica das mulheres atendidas na atenção primária em saúde (n = 43).

Variáveis	n	(%)
Faixa etária		
≤ 20 anos	1	2,3
>20 a ≤30 anos	3	7,0
>30 a ≤40 anos	10	23,3
>40 a ≤50 anos	13	30,2
>50 a ≤59 anos	16	37,2
Escolaridade		
Ensino fundamental incompleto	19	44,2
Ensino fundamental completo	8	18,6
Ensino médio incompleto	1	2,3
Ensino médio completo	14	32,6
Ensino superior completo	1	2,3
Estado civil		
Solteira	2	4,7
Casada/união estável	39	90,6
Divorciada/ desquitada	2	4,7
Renda familiar		
≤ 2 salários	18	41,9
>2 a ≤ 3 salários	16	37,2
>3 a ≤ 4 salários	3	7,0
> 4 salários	6	13,9

Com relação aos hábitos de vida, 58,2% das mulheres não praticavam atividade física regularmente. Por outro lado, todas negavam o uso de tabaco e/ou consumo de bebidas alcoólicas. A HAS (72,1%) e DM (53,5%) foram as comorbidades mais citadas referente ao histórico familiar de primeiro grau das entrevistadas.

Quando questionadas a respeito das comorbidades, observou-se prevalência de HAS, obesidade e DLP (Tabela 2), sendo que

56,4% das mulheres (n=39) foram classificadas com síndrome metabólica.

Com relação à obesidade, das 43 mulheres entrevistadas, 41,9% (n=18) referiam-se obesas. No cálculo do IMC de 36 mulheres (dados de seis mulheres estavam incompletos), o valor médio encontrado foi de $32,9 \pm 6,6$ kg/m², sendo que 23 foram classificadas com obesidade [obesidade grau 1 (n=12), obesidade grau 2 (n=3) e obesidade grau 3 (n=8)], 11 com sobrepeso e duas eutróficas.

Tabela 2. Comorbidades, tratamento e controle das mulheres atendidas na atenção primária em saúde (n=43).

Doenças	n (%)	Tempo de diagnóstico (média e DP)	Realizam Tratamento farmacológico	Parâmetros Não controlados
Hipertensão arterial	24 (55,8)	5,9±4,8	24	12
Obesidade	18 (41,9)	8,7±8,7	0	0
Dislipidemia	16 (37,2)	4,1±4,5	9	6
Diabetes mellitus	5 (11,6)	4,0±3,5	5	3

Variáveis autorreferidas pelas participantes.

Além das doenças cardiovasculares e metabólicas destacadas na tabela 2, oito e sete participantes autorreferiram doenças autoimunes e psíquicas, respectivamente.

Das mulheres que apresentavam o perfil lipídico alterado, verificou-se que 13 estavam com hipertrigliceridemia isolada e três com hiperlipidemia mista. Em adição, 27 mulheres apresentaram HDL inferior aos valores de referência.

Quatro mulheres não autorreferiram diagnóstico de DM, porém estavam com valores de GJ elevados, assim como oito apresentavam-se com pré-diabetes. Com relação aos parâmetros pressóricos, setes mulheres apresentaram alteração nos valores

de PAS e/ou PAD e não referiram presença de HAS.

Apresentaram concomitantemente DM, HAS e DLP duas mulheres, 11 apresentaram HAS e DLP, duas mulheres apresentaram DM e HAS e uma participante apresentou DM e DLP.

Com relação aos exames laboratoriais, verificou-se uma ampla variação entre os valores, podendo-se destacar o HDL que estava abaixo das recomendações, seguidos do CT e TG que se encontravam acima das recomendações em algumas participantes. Os exames antropométricos foram os mais alterados (Tabela 3).

Tabela 3. Caracterização laboratorial, fisiológica e antropométrica das mulheres atendidas na atenção primária em saúde.

Parâmetros	n*	Parâmetros		
		Alterados [n(%)]	Mínimo	Máximo
GJ (mg/dL)	39	15 (38,4%)	79	293
LDL (mg/dL)	34	11 (32,3%)	58	199
HDL (mg/dL)	39	27 (74,3%)	23	63
CT (mg/dL)	38	17 (44,7%)	92	288
TG (mg/dL)	39	16 (41,0%)	69	342
IMC (kg/m ²)	36	34 (94,4%)	21	47
CA (cm)	39	36 (92,3%)	82	124
PAS (mm Hg)	43	13 (30,2%)	100	170
PAD (mm Hg)	43	19 (44,2%)	60	120

DP: Desvio-padrão; GJ: glicemia de jejum; LDL: lipoproteína de baixa densidade; HDL: lipoproteína de alta densidade; CT: colesterol total; TG: triglicérides; IMC: índice de massa corporal; CA: circunferência abdominal; PAS: pressão arterial sistólica; PAD: pressão arterial diastólica.

*Número de mulheres que possuíam dados referentes aos exames.

Quando questionadas sobre o uso de medicamentos, 76,7% das mulheres referiram usar pelo menos um fármaco de forma contínua (n=33) (média de $4,3 \pm 2,9$ fármacos/paciente, máximo de 13 fármacos/paciente), sendo que 27,2% das mulheres faziam uso de cinco ou mais medicamentos. Identificou-se que 69,7% (n=23) das mulheres não são aderentes ao tratamento farmacológico.

Todas as mulheres que referiram ter HAS faziam uso de medicamentos para o controle pressórico, das quais 58,3% usavam de dois ou mais anti-hipertensivos. As cinco

mulheres que relataram ter DM faziam tratamento farmacológico, enquanto que 43,7% das mulheres que referiram ter dislipidemia não faziam tratamento medicamentoso para esta enfermidade.

As classes de medicamentos mais utilizadas foram a de anti-hipertensivos, antidepressivos e hipolipemiantes, respectivamente (Tabela 4). As principais classes de medicamentos utilizadas no tratamento da HAS, DM e dislipidemia foram os inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECA) e diuréticos, biguanidas e estatinas, respectivamente.

Tabela 4. Medicamentos usados pelas mulheres atendidas na atenção primária em saúde.

Classe farmacológica	n	%	Principais fármacos
Anti-hipertensivos	24	55,8	Enalapril (n=13); losartana (n=7); hidroclorotiazida (n=7); atenolol (n=5); anlodipino (n=4); furosemida (n=3); propranolol (n=2); metoprolol (n=1); metildopa (n=1); carvedilol (n=1); clortalidona (n=1); espironolactona (n=1); amilorida (n=1)
Hipolipemiantes	9	20,9	Sinvastatina (n=8); atorvastatina (n=1); ezetimiba (n=1)
Antidiabéticos orais	5	11,6	Metformina (n=5); glibenclamida (n=1)

Além dos medicamentos referidos na tabela acima, as mulheres referiram fazer uso de antidepressivos (n=12), anticoncepcionais orais (n=8) e antiulcerosos (n=8).

O risco cardiovascular em 10 anos de acordo com o escore de risco de Framingham foi calculado para 35 mulheres, sendo que 26 (74,2%) apresentaram baixo risco para doenças cardiovasculares, cinco (14,3%) risco moderado e quatro (11,4%) alto risco, sendo que dessas, duas apresentaram risco superior a 30% em 10 anos.

Discussão

Estudo realizado por Cesarino et al.¹⁷ com hipertensos demonstra um perfil sócio-demográfico semelhante ao encontrado no presente estudo, no qual 54,6% participantes eram mulheres, casadas, com baixa escolaridade e média de idade de 53,8 anos.

Dentre os dados analisados, a HAS foi a enfermidade mais prevalente nessa população. Nos últimos 20 anos, inquéritos populacionais realizados em cidades brasileiras apontaram uma prevalência desta enfermidade acima de 30,0%, sendo que entre os gêneros, a prevalência foi de 35,8% nos homens e de

30,0% em mulheres ^{17,18}, semelhante à de outros países ¹⁹.

A SM é um transtorno complexo que envolve fatores de risco para doenças cardiovasculares e DM, mas há uma indicação em consensos de que o aumento da PA, os distúrbios do metabolismo dos carboidratos e lipídios e o excesso de peso estão associados ao aumento de morbimortalidade cardiovascular ⁵. No presente estudo, mais da metade das mulheres participantes foram classificadas com SM. Sabe-se que, ao longo dos anos, a prevalência dessa síndrome vem aumentando mundialmente. No Brasil, estima-se prevalência de 29,6% (variação de 14,9 a 65,3%). Em estudo de Vidigal et al.²⁰, os componentes mais frequentes da SM foram valores diminuídos de HDL (59,3%) e presença de HAS (52,5%), resultados semelhantes ao do presente estudo, que também identificou a circunferência abdominal como componente prevalente nas mulheres analisadas.

As mulheres do presente estudo apresentaram baixo risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares segundo o score do risco de Framingham, principalmente por serem adultas jovens, esperando-se assim um maior risco associado à elevação da idade, porém esse cálculo não leva em conta todos os riscos associados às doenças cardiovasculares. Contudo, como demonstrado anteriormente, mais da metade das participantes apresentaram SM, predispondo assim essa população a um maior risco de desenvolver doenças cardiovasculares além de apresentar morbimortalidades associadas a esta

síndrome com o passar dos anos. Dados nacionais demonstram elevada mortalidade de mulheres devido a doenças do aparelho circulatório⁷.

Quando se observa os valores dos exames laboratoriais de LDL, CT e TG percebe-se que os resultados estão dentro dos parâmetros recomendados pela V Diretriz Brasileira sobre Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose⁴, resultados semelhantes aos encontrados por Moraes et al.²¹ com a análise em ambos os gêneros. Os parâmetros pressóricos apresentados pelas pacientes do presente estudo encontram-se dentro do recomendado pela Sociedade Brasileira de Hipertensão (2010)².

Quando se observa os valores do HDL, verifica-se que a maioria das participantes apresenta valores abaixo das recomendações do NCEP-ATP III¹⁴, sendo que essa lipoproteína tem um papel fundamental na proteção do leito vascular, prevenindo a formação das placas de ateroma⁴.

Os valores de GJ apresentaram ampla variação entre as mulheres do presente estudo, sendo que algumas não referiam ter DM e apresentaram valores alterados. Vale destacar que a incidência de DM tipo 2 aumenta com a idade, associada ao estilo de vida inadequado²².

Os valores médios de IMC demonstra predomínio de obesidade grau 1, resultados parecidos aos encontrados por Gallon e Wender²³, quando se avalia a CA também mostra resultados semelhantes. Estudo realizado por Linhares et al.²⁴ demonstrou prevalência de obesidade em mulheres (29,2%)

e que 37,5% estavam com medidas de CA acima de 88 cm, além disso, observaram uma relação inversa entre escolaridade e obesidade geral e abdominal, ou seja, quanto menor a escolaridade maior o grau de obesidade apresentado pelas mulheres.

Observa-se, no presente estudo, que somente 25% das mulheres fazem uso de politerapia, possivelmente devido ao fato de ser um grupo de mulheres jovens. Por outro lado, observou-se que a maioria não é aderente ao tratamento medicamentoso. Segundo a Organização Mundial da Saúde²⁵, 50% da população mundial não são aderentes ao tratamento medicamentoso. Girotto et al.²⁶ observou que 59% dos pacientes hipertensos da população em geral eram aderentes à terapia medicamentosa, dados diferentes aos encontrados no presente estudo. Dentre as causas relatadas por Girotto et al.²⁶ referentes a não adesão, destaca-se o esquecimento como o principal fator, além de não sentir sintomas, efeitos adversos da medicação e não ter acesso ao medicamento.

Segundo a Sociedade Brasileira de Hipertensão arterial (2010), a instituição de tratamento medicamentoso em pacientes de alto risco reduz os eventos cardiovasculares quando há valores de PA entre 130-139 /85-89 mmHg, principalmente com inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECA), bloqueadores de canais de cálcio (BCC), antagonistas dos receptores de angiotensina II (ARA II), diuréticos e betabloqueadores².

A V Diretriz Brasileira de Dislipidemia (2013) recomenda que a redução do LDL pelas estatinas permaneça sendo a

terapia de escolha inicial demonstrada por estudos clínicos com o objetivo de reduzir a incidência de eventos cardiovasculares⁴. A Sociedade Brasileira de Diabetes (2013/14) preconiza o uso de metformina para a redução de eventos macrovasculares, outros medicamentos também podem ser usados como monoterapia no tratamento do DM, são eles: a acarbose, a pioglitazona e as gliptinas (sitagliptina, vildagliptina, saxagliptina e linagliptina)³.

Por conseguinte, os fármacos utilizados pelas participantes estão entre os principais medicamentos preconizados pelas principais diretrizes nacionais, assim como estão presentes na relação nacional de medicamentos essenciais (RENAME)²⁷ do ano de 2013, facilitando o acesso das pacientes aos medicamentos, um fator que contribui para o controle das enfermidades.

No presente estudo, algumas limitações devem ser destacadas. O estudo com metodologia transversal permite uma avaliação do estado de saúde momentâneo da população. As doenças e os tempos de diagnósticos foram autorreferidos pelas participantes, havendo a possibilidade do esquecimento ou da subestimação dos valores. O teste de Morisky-Green¹² para avaliar a adesão ao tratamento foi utilizado para todos os tipos de medicamentos utilizados pelas pacientes, não só para medicamentos anti-hipertensivos, além de ser realizado apenas em um momento, ou seja, no momento da entrevista, sendo um teste subjetivo para avaliar um parâmetro objetivo. Cálculo de risco cardiovascular pelo escore de

Framingham não avalia aspectos como IMC, CA, LDL, sintomas ou presença de doenças cardiovasculares. Uma vez que a amostra foi constituída por um número pequeno de participantes não podemos extrapolar os dados para a região norte do Paraná.

Conclusão

Observou-se que, dentre os exames laboratoriais, o perfil lipídico foi o que se encontrou mais alterado, sendo que mais da metade das mulheres estavam com valores de HDL abaixo do recomendado, além de CT e TG encontrarem-se com valores acima das recomendações em algumas mulheres. Dados antropométricos mostram a maioria das mulheres com sobrepeso e obesidade, associados a uma CA aumentada, aumento o risco cardiovascular dessas mulheres, aliado a isso, mais da metade delas apresentavam SM e não praticavam atividade física. Mesmo grande parte das participantes apresentando risco baixo de desenvolver eventos cardiovasculares pelo escore de Framingham, os fatores descritos anteriormente podem elevar a chance de eventos cardiovasculares desfavoráveis. O estudo demonstrou também alto consumo de medicamentos e baixa adesão à terapia farmacológica. Por conseguinte, faz-se necessário um acompanhamento multiprofissional destas mulheres com a finalidade de melhorar as condições de saúde, otimizando o tratamento e a adesão ao tratamento farmacológico.

Referências

1. Malta DC, Cezário AC, Moura L, Moraes Neto OL, Silva Junior JB. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. *Epidemiol Serv Saúde*. 2006; 15 (3): 47-65.
2. Sociedade Brasileira de Cardiologia / Sociedade Brasileira de Hipertensão / Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arq Bras Cardiol* 2010; 95(1 supl.1): 1-51
3. Oliveira JP, Vencio S. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2013-2014/Sociedade Brasileira de Diabetes – São Paulo: AC Farmacêutica, 2014.
4. Xavier H, Izar M, Faria Neto J, Assad M, Rocha V, Sposito A, et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia. V Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose. *Arq Bras Cardiol* 2013; 101(4):1-20.
5. Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia. I Diretriz brasileira de diagnóstico e tratamento da síndrome metabólica. *Arq. bras. Cardiol*. 2005; 84 (supl. 1): 3-28.

6. Alwan A, MacLean DR, Riley LM, D'Espaignet ET, Mathers CD, Stevens GA, et al. Monitoring and surveillance of chronic non-communicable diseases: Progress and capacity in high-burden countries. *Lancet*. 2010; 376 (9755):1861-8.
7. Ministério da Saúde [Internet]. Secretaria Executiva. Datasus [acesso em out. 2014]. Informações de Saúde. Indicadores de fatores de risco e proteção. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ibd2012/matriz.htm#mort> >
8. Duncan BB, Chor D, Aquino EML, Benseñor IJM, Mill JG, Schmidt MI, et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. *Revista de saúde pública*. 2012; 46 (supl 1): 126-134.
9. DellAcqua MCQ, Pessuto J, Bocchi SCM, Anjos R. Comunicação da equipe multiprofissional e indivíduos portadores de hipertensão arterial. 1997 [cited 5 3]; 43-8].
10. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. [acesso em set 2014]. Censo demográfico 2010 - Disponível em <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=411370&search=parana|londrina>
11. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. [acesso em set 2014]. Serviços de saúde 2009 - Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=411370&idtema=5&search=parana|londrina|servicos-de-saude-2009> e <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=410370&idtema=5&search=parana|cambe|servicos-de-saude-2009>
12. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Medical care*. 1986;24(1):67-74.
13. D'Agostino RB, Vasan RS, Pencina MJ, Wolf PA, Cobain M, Massaro JM, et al. General cardiovascular risk profile for use in primary care the Framingham Heart Study. *Circulation*. 2008; 117(6):743-53.
14. Expert Panel on Detection E. Executive summary of the third report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) expert panel on Detection, Evaluation, and Treatment of high blood cholesterol in adults

- (Adult Treatment Panel III). JAMA. 2001; 285(19): 2486.
15. Flaherty JH, Perry HM, Lynchard GS, Morley JE. Polypharmacy and Hospitalization Among Older Home Care Patients. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2000; 55(10): M554-M9.
 16. World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. World Health Organization, 1998.
 17. Cesarino CB, Cipullo JP, Martin JFV, Ciorlia LA, Godoy MRP, Cordeiro JA, et al. Prevalence and sociodemographic factors in a hypertensive population in São José do Rio Preto, São Paulo, Brazil. Arq Bras Cardiol. 2008;91(1):31-5.
 18. Rosário TM, Scala LCN, França GVA, Gomes MR, Pereira PCBVJ. Prevalência, Controle e Tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica em Nobres-MT. Arq Bras Cardiol. 2009;93(6):672-8.
 19. Pereira M, Lunet N, Azevedo A, Barros H. Differences in prevalence, awareness, treatment and control of hypertension between developing and developed countries. Journal of Hypertension. 2009;27(5):963-75 10.1097/HJH.0b013e3283282f65.
 20. Vidigal FC, Bressan J, Babio N, Salas-Salvadó J. Prevalence of metabolic syndrome in Brazilian adults: a systematic review. BMC public health. 2013;13(1):1198.
 21. Moraes SA, Checchio MV, Freitas ICM. Dislipidemia e fatores associados em adultos residentes em Ribeirão Preto, SP. Resultados do Projeto EPIDCV. Arq Bras Endocrinol Metab. 2013;57:9.
 22. World Health Organization. The World health report: 2002: Reducing the risks, promoting healthy life. 2002.
 23. Gallon CW, Wender COM. Estado nutricional e qualidade de vida da mulher climatérica. Rev Bras Ginecol Obstet. 2012; 34(4):175-83.
 24. Linhares RS, Horta BL, Gigante DP, Dias-da-Costa JS, Olinto MTA. Distribuição de obesidade geral e abdominal em adultos de uma cidade no Sul do Brasil; Distribution of general and abdominal obesity in adults in a city in southern Brazil. Cad Saúde Pública. 2012;28(3):438-47.
 25. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Adherence to long-term therapies: evidence for action. 2003. Disponível em: < <http://whqlibdoc.who.int/publications/>

2003/9241545992.pdf>. Acesso em:
20 nov. 2014.

26. Girotto E, Andrade SMd, Cabrera MAS, Matsuo T. Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013;18(6):1763-72.
27. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. *Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: RENAME* 2013. 8. ed. – Brasília: 2013.